

漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的临床应用效果

舒 萍

贵州医科大学附属医院 贵州 贵阳 550000

摘要:目的: 分析漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的应用效果。方法: 选取2020年1月-2023年6月本院82例漏斗胸患儿开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组41例, 行常规护理, 观察组41例, 行急性疼痛护理, 比较两组护理效果。结果: 观察组的疼痛缓解率、操作技能、服务态度、业务素养和护理体验评分均明显高于对照组, SAS、SDS、PSQI和术后不同时间VAS评分均明显低于对照组 ($P < 0.05$)。结论: 给予漏斗胸患儿急性疼痛护理能有效缓解疼痛, 改善负面情绪, 提升护理质量和睡眠质量, 具有推广价值。

关键词: 漏斗胸; 急性疼痛; 护理; 手术; 睡眠质量

漏斗胸是一种先天性疾病, 主要表现为胸廓畸形, 目前主要采取漏斗胸微创矫正(Nuss)治疗, 该术式能加快恢复速度, 可减轻创伤, 是该病首选疗法^[1]。因术中要为患儿内置钢板, 可能引发持久、剧烈疼痛, 此时采取VAS评估疼痛程度, 能高达7-8分。术后患儿出现剧烈疼痛, 会对活动、咳嗽和深度呼吸产生影响, 在躁动、脊柱保护性侧弯情况下, 有可能导致-钢板移位, 患儿后期出现痛觉异常, 预后效果差^[2]。采取适当疼痛护理措施, 提升患儿舒适度, 有助于缩短康复时间。目前, 我国已经对该病患儿疼痛有了较深刻认知, 但尚缺乏规范、健全护理流程, 常规护理效果受限, 难以切实满足患儿需求。本次研究以漏斗胸患儿为对象, 分析急性疼痛护理的应用效果。

1 资料和方法

1.1 一般资料

选取2020年1月-2023年6月本院82例漏斗胸患儿开展研究, 用随机数字表法平均分为对照组41例, 男21例, 女20例, 年龄为4-11岁, 平均年龄(7.24±1.03)岁; 观察组41例, 男22例, 女19例, 年龄为5-12岁, 平均年龄(7.31±1.00)岁。两组一般资料($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: 符合漏斗胸诊断标准^[3]; 采取Nuss治疗; 年龄为4-12岁; 有完整资料; 知情同意本次研究。

排除标准: 严重肺部疾病, 应同期开展肺叶切除术或者肺楔形切除术; 伴有大血管、心脏疾病, 应同期开展血管、心脏手术治疗; 精神疾病。

1.2 方法

对照组行常规护理, 共计14d, 患儿入院时, 予以接待, 提供微笑服务, 减轻其恐惧心理, 拉近护患距离。引导其接受有关检查, 教会咳痰、咳嗽正确方法, 于床

上开展排便训练, 将一系列术前准备做好。术中, 提供人文关怀, 尽快将静脉通道建立好, 以供输血、输液。观察患儿生命体征, 动态记录血压、心率等项目。术后营造出舒适、温馨环境, 保证无菌操作, 及时清洁局部皮肤, 维持干燥状态。遵循医嘱, 提供相应药物, 逐步进行康复训练。观察组以对照组为基础, 行急性疼痛护理:

1.2.1 创建护理小组

小组成员包括护师4名, 主管护师4名, 主治医师2名, 护士长1名, 科室主任1名。进行横断面调查, 同时充分循证, 分析患儿出现疼痛原因, 了解护理现状, 探讨影响因素, 围绕疼痛管理, 建立目标, 规范术后护理流程。

1.2.2 制定疼痛管理目标

由责任医师负责, 于术前为患儿制定疼痛护理计划, 结合手术过程中采取麻醉镇痛药物情况, 以其血药浓度为依据, 确定有效时间, 选取适宜药物, 为患儿追加, 同时明确时间点, 采取超前镇痛, 于术后3d内, 严格控制疼痛爆发次数, 每位患儿不得超过3次。若患儿为中重度疼痛, 应采取多模式镇痛计划, 保证VAS评分不超过3分, 夜间可以安然入睡。及时和患儿沟通, 了解其疼痛体验感受, 叮嘱其自主报告, 讲明注意事项, 当出现疼痛时, 能立即上报, 明确疼痛时间、程度、性质和频次等, 改善负面心理。

1.2.3 疼痛评估

术前进行预判性评估, 负责人为主治医师, 结合术中采取钢板数量, 评估后续疼痛, 将早期疼痛护理计划拟出。于活动前或操作时, 开展动态筛查性预测, 可于活动前0.5h进行, 或于会导致疼痛操作前进行, 以评估结果为依据, 实施超前镇痛护理。术后评估, 时间为3d内, 一般间隔时间为4h, 如患儿疼痛剧烈, 可增加评估

频率。若VAS大于等于7分，间隔时间为4h；若VAS大于等于4分，间隔时间为6h；若不超过3分，可1次/d，截止无痛。用药后，结合给药途径，评估疼痛程度，对于口服给药者，1h后评估；对于静脉给药者，等待5-15min评估，后续频率至少为1次/4h。

1.2.4 疼痛护理措施

①心理干预：患儿认知较差，家长过分担心，情绪波动时，会导致疼痛加重。疏导患儿情绪，帮助患儿认识疼痛，知晓减轻疼痛技术。②注意力转移法：采取特殊护理技巧，进行疼痛评估、患儿感受到疼痛后，护理人员可为其提供玩具、指导患儿深呼吸，同时通过深呼吸、数数、暗示、按摩和聊天等方式，分散注意力，帮助患儿放松心情，缓解疼痛。③体位干预：引导患儿采取舒适体位，当麻醉未清醒时，可以去枕平卧，令其侧偏头部，采取轻便被褥，予以硬板床，降低胸部负重，维持呼吸道通畅。④药物镇痛：结合疼痛程度，选取适宜药物，对于轻度疼痛者，实施冰敷物理镇痛，可同时引入音乐疗法；对于中度疼痛者，可选取布洛芬，令患儿口服，如作用不明显，可采取苯巴比妥，经由肌肉注射；对于重度疼痛者，将上述药物联用，如作用不理想，可选取丁三醇，经由静脉推注。警惕药物不良反应。⑤睡眠干预：尽可能于白天展开护理干预，保证动作精准、轻柔，防止受护理不当影响，导致疼痛加剧。建立规律作息，防止日间睡眠过多，导致夜晚失眠。营造良好睡眠环境，及时清洁病室，调节温湿度，尽可能

规避噪音，可播放催眠小曲，予以患儿安慰。

1.3 观察项目和指标

评价情绪/睡眠质量：焦虑情绪用SAS量表^[4]评估，分界线为57分；抑郁情绪用SDS量表^[5]评估，分界线为55分；睡眠质量用PSQI^[6]评估，0-21分。评价疼痛改善情况^[7]：采取VAS量表，无痛，计为0分；疼痛轻微，患儿可以忍受，计为1-3分；出现明显疼痛，患儿依然能忍受，如有必要，可采取止痛药物，令患儿口服，计为4-6分；疼痛剧烈，无法忍受，计为7-10分，于术前、后不同时间点评估。评价护理满意度：经由问卷调查，包含操作技能、服务态度、业务素养和护理体验，均为0-100分。评价疼痛缓解情况：借助VAS量表，患儿未感觉疼痛，VAS计为0分，表示完全缓解；患儿疼痛程度显著减轻，不会影响到睡眠，VAS处于1-3分，表示部分缓解；患儿疼痛有所改善，但依然明显，影响到睡眠，VAS处于4-6分，表示轻度缓解；VAS处于4-10分，表示无效。

1.4 统计学方法

SPSS27.0处理数据，($\bar{x} \pm s$)与(%)表示计量与计数资料，分别行t与 χ^2 检验， $P < 0.05$ ，差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组情绪/睡眠质量比较

干预后两组SAS、SDS和PSQI评分均明显低于干预前，观察组变化更明显，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表1。

表1 两组情绪/睡眠质量比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	SAS(分)		SDS(分)		PSQI(分)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
观察组	41	57.71±6.41	34.26±3.41 ^a	55.23±4.23	32.00±3.42 ^a	13.25±2.32	7.15±1.03 ^a
对照组	41	57.82±6.37	42.26±3.64 ^a	55.31±4.19	40.26±3.82 ^a	13.41±2.19	9.25±1.14 ^a
t	/	0.078	10.270	0.092	10.315	0.321	8.752
P	/	0.938	0.000	0.927	0.000	0.749	0.000

注：与本组干预前比较，^a $P < 0.05$ 。

2.2 两组疼痛改善情况比较

观察组的术后不同时间点VAS评分均明显低于对照

组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表2。

表2 两组疼痛改善情况比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	术前(分)	术后6h(分)	术后12h(分)	术后24h(分)	术后48h(分)	术后72h(分)
观察组	41	2.42±1.12	3.31±0.24	2.61±0.30	2.31±0.41	2.68±0.24	2.51±0.24
对照组	41	2.37±1.24	5.25±0.41	3.99±0.41	4.96±0.37	4.93±0.51	4.36±0.48
t	/	0.192	26.147	17.393	30.725	25.560	22.073
P	/	0.849	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

2.3 两组护理满意度比较

观察组的操作技能、服务态度、业务素养和护理

体验评分均明显高于对照组，差异有统计学意义($P < 0.05$)。详见表3。

表3 两组护理满意度比较[n($\bar{x} \pm s$)]

组别	例数	操作技能(分)	服务态度(分)	业务素质(分)	护理体验(分)
观察组	41	93.88±4.84	95.23±4.55	94.53±3.25	95.76±3.55
对照组	41	87.52±4.15	90.25±5.14	91.28±3.04	90.85±3.14
<i>t</i>	/	6.387	4.645	3.422	6.634
<i>P</i>	/	0.000	0.000	0.001	0.000

2.4 两组疼痛缓解情况比较

对比疼痛缓解率,观察组更高($P < 0.05$)。详见表4。

表4 两组疼痛缓解情况比较[n(%)]

组别	例数	完全缓解	部分缓解	轻度缓解	无效	缓解率
观察组	41	17	20	3	1	97.56
对照组	41	10	14	9	8	80.49
χ^2	/	/	/	/	/	6.116
<i>P</i>	/	/	/	/	/	0.013

3 讨论

漏斗胸以胸骨部位凹陷、畸形为典型表现,既会对美观性产生干扰,又会影响到日常活动,心肺功能异常。该病发生发展受患儿发育、生长影响,若患儿超过3岁,则其症状更严重,就疾病发生率而言,女性比男性低^[8]。患病后,患儿肺部会受到压迫,影响到肺舒张功能,造成肺部感染。Nuss术能有效解除病情,但术后患儿常伴有明显疼痛。

实施急性疼痛护理,制定个性化管理目标,能显著减轻疼痛,提高管理质量。进行疼痛护理时,结合病情、Nuss疗法,预测疼痛情况,明确管理目标。采取该模式,能充分调动患儿、家长和医护人员积极性,全面了解疼痛影响因素,划分重点干预对象、内容,切实缓解疼痛。对疼痛护理流程进行优化,明确疼痛评估工具,于术后不同时间点,对患儿疼痛情况进行评估,具有连续性、准确性等特征。予以护理时,采取多模式,实施超前干预,引入三阶梯法,致力于缓解疼痛。该模式目标为全程无痛,将各个环节联系起来,做好疼痛评估工作,进行干预,及时评价效果,不断调整干预方案。本次研究结果显示和对照组比,观察组的SAS、SDS和PSQI评分均更低($P < 0.05$),表示该模式可缓解患儿

负面情绪,提高睡眠质量。观察组的疼痛缓解率更高,术后不同时间点VAS评分($P < 0.05$),表明该模式能有效减轻疼痛。观察组的操作技能、服务态度、业务素养和护理体验评分均更高($P < 0.05$),代表采取该模式,患儿、家长满意度更高。说明应用急性疼痛护理可以有效减轻漏斗胸术后疼痛。

综上所述,给予漏斗胸患儿急性疼痛护理能有效缓解疼痛,改善负面情绪,提升护理质量和睡眠质量,具有推广价值。

参考文献

- [1]王洁,何龙,田丹丹,史心宇,艾艳秋.漏斗胸患者Nuss手术后慢性疼痛的危险因素[J].临床麻醉学杂志,2021,37(2):138-141.
- [2]龚腊梅,江秀,徐萍萍,方继红.漏斗胸患儿术后急性疼痛护理的临床应用效果[J].安徽医学,2021,42(3):319-323.
- [3]王玉莲,刘圆圆,付珊珊,于红.胸外悬吊固定术治疗先天性漏斗胸患儿的手术配合与护理[J].齐鲁护理杂志,2023,29(8):142-144.
- [4]杨瑾.优质护理干预对漏斗胸矫正术患者的护理效果[J].甘肃医药,2023,42(3):280-282.
- [5]黄晨茜.疼痛护理在小儿漏斗胸Nuss术后的应用效果分析[J].中外医疗,2021,40(23):111-114.
- [6]王艳梅,易敏,莫霖.家庭参与式护理对小儿漏斗胸术后康复的影响分析[J].当代护士(下旬刊),2021,28(10):80-82.
- [7]陈超,周丽欢,邓喜成,秦雅莉.基于童趣化的认知行为干预在漏斗胸微创矫正术患儿中的应用[J].临床护理杂志,2022,21(4):30-33.
- [8]胡梦琬,戚继荣.围手术期加速康复理念在漏斗胸中的应用进展[J].临床小儿外科杂志,2022,21(6):582-585.